

## FORMULARZ REKLAMACYJNY

(formularz ten można wypełnić i odesłać w przypadku chęci zgłoszenia reklamacji)

**Adresat:** Horizon Medical Concept Sp. z o.o., ul. Grzybowska 87, 00-844 Warszawa(\*); w przypadku jednoczesnego odesłania Towaru: Popławska Group Sp. J., ul. Clareny 2, Wilczyce, 51-361 Wrocław(\*)

**Imię i nazwisko lub nazwa Klienta:**

.....

**Adres Klienta:**

.....

**Nr telefonu Klienta:**

.....

**Adres e-mail Klienta:**

.....

**Numer zamówienia:**

.....

Jako dane kontaktowe, które posłużą udzieleniu odpowiedzi na reklamację oraz prowadzeniu korespondencji z nią związanej, wskazuję:

adres pocztowy:

.....

adres e-mail:

.....

**Reklamacja dotyczy:**

umowy sprzedaży z dnia \_\_\_\_\_ towaru:

\_\_\_\_\_

umowy o świadczenie innej usługi:

\_\_\_\_\_

inne:

\_\_\_\_\_

**Data stwierdzenia przyczyny reklamacji:**

\_\_\_\_\_

**Opis problemu:**

\_\_\_\_\_

**Żądanie reklamacji:**

nieodpłatna naprawa \_\_\_\_\_

wymiana towaru na nowy \_\_\_\_\_

obniżenie ceny towaru o kwotę \_\_\_\_\_

odstąpienie od umowy \_\_\_\_\_

**Numer rachunku bankowego do zwrotu środków:**

.....

**Oświadczenie w przypadku działania jako przedsiębiorca na prawach konsumenta:**

Oświadczam, że zawarta umowa sprzedaży była bezpośrednio związana z prowadzoną przeze mnie działalnością gospodarczą, ale nie posiada ona dla mnie charakteru zawodowego, wynikającego w szczególności z przedmiotu wykonywanej przeze mnie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Na dowód wymieniam poniżej PKD dla mojej działalności gospodarczej, opublikowane w CEIDG:

Nr PKD \_\_\_\_\_ Opis: \_\_\_\_\_

Nr PKD \_\_\_\_\_ Opis: \_\_\_\_\_

Nr PKD \_\_\_\_\_ Opis: \_\_\_\_\_

Nr PKD \_\_\_\_\_ Opis: \_\_\_\_\_

**Data:**

**Podpis składającego:** \_\_\_\_\_

*(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)*

*(\*) Niepotrzebne skreślić.*